11/594/15

MULTIPLE DEPENDENT CLAIM FEE CALCULATION SHEET

(FOR USE WITH FORM PTO-875)

11 >	
SERIAL NO.	FILING DATE
•	i
APPLICANT(S)	

CLAIMS

	AS FILED			AFTER		AFTER	
			1" AMENDMENT		2 MAMENDMENT		
	IND.	DEP.	IND.	DEP.	IND.	DEP.	
1					<u> </u>	<u> </u>	
3			 	13/-			
4		- /-		 		<u> </u>	
5		-/-	 -	2			
6				7			
7				12			
8				2			
9				2			
10 11				12	-		
12				2			
13				3			
14				12			
15				9			
16				Ð			
17				2			
18				2			
19 20				<u>Q</u>			
21							
22			1	-650			
23				1			
24							
25							
26							
27							
28 29				· .			
30							
31	 						
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38 39						—-{	
40	 -	 					
41							
42					_		
43							
44							
45							
46							
47 48	 -			<u> </u>			
49							
50							
TOTAL IND.		+	2	#		1	
TOTAL DEP.		6	3 9	+		4	
TOTAL TLAIMS			19		į	W.V.	

IND. DEP. IND. DEP. IND. D	AFTER 2 MAMENDMENT	
51 52 53 54 55 56 56 57 58 59 60 61 62 63 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96	EP.	
53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96	_	
55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 96		
56 57 58 59 60 61 62 63 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 90 91 92 93 94 95 96 96		
57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 96		
58 59 60 61 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 88 89 90 91 92 93 94 95 96 96		
60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94		
61 62 63 64 65 66 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 90 91 92 93 94 95 96		
62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94		
63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94		
65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
66 67 68 69 70 70 71 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96	,	
67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
68 69 70 71 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 93 94		
72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
74		
75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
79 80 81 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
80 81 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
83 84 85 86 87 88 89 90 91 91 92 93 94 95		
84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96		
87 88 89 90 91 92 93 94 95 96	_	
88 89 90 91 92 93 94 95 96		
90 91 92 93 94 95 96		
91 92 93 94 95 96		
92 93 94 95 96		
93 94 95 96		
94 95 96		
95 96		
96		
	_	
97		
99	\dashv	
100	\Box	
TOTAL IND.		
TOTAL DEP.		
TOTAL CLAIMS		